N° 21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Janvier 1909

ACAD. LEGISLAT. BIBL.

PAR

Paul PERROT

Né à Saint-Denis-du-Sig (Oran), le 6 janvier 1883

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

—

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✻).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secretaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE (✻), *président.* | MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE REGRETTÉ
ET DE MA SŒUR CHÉRIE

Que je perdis tous deux pendant le cours de mes études médicales.

A MA MÈRE

En reconnaissance de son grand amour et de son dévouement.

P. PERROT.

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

P. PERROT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

P. PERROT.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0122

AVANT-PROPOS

Durant notre temps d'internat, à l'hôpital de Bir-Traria (Alger), il nous a été donné d'assister, en qualité d'aide, à plusieurs opérations d'orchidopexie. Peu de temps auparavant, M. le professeur Forgue venait de décrire les règles opératoires de cette intervention. Chaque fois, ledocteur Moggi, médecin-chef de l'hôpital Bir-Traria, suivit la technique de M. Forgue, et les résultats furent très satisfaisants. De pareils faits pouvaient fournir la matière d'une thèse inaugurale et, sur les conseils du docteur Moggi, nous avons recueilli un certain nombre d'observations, qui viennent mettre en relief la valeur réelle de la méthode de Forgue.

C'est donc au docteur Moggi que nous devons ce sujet ; qu'il nous permette de lui adresser tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il a montrée pour nous pendant l'année où nous fûmes son interne, bienveillance qu'il a continuée jusqu'au dernier jour, en nous indiquant le sujet de ce travail.

M. le docteur Julien, chef de service au dispensaire municipal d'Alger, a droit aussi à toute notre reconnaissance ; pendant l'année que nous avons passée auprès de lui, il a toujours été un chef bienveillant, plein d'indulgence et de bonté.

Nous nous en voudrions de ne pas remercier aussi la ville d'Alger. En nous acceptant comme interne des services municipaux, elle nous a permis d'achever nos études médicales, et nous a ainsi évité une insistance pénible pour nous, auprès de ceux qui auraient pu nous faire obtenir quelques faveurs dans le régime scolaire.

Nous avons commencé notre temps d'externat et, en même temps, notre instruction médicale, dans le service du professeur Vincent. Nous rendons hommage ici à sa compétence et à sa droiture, et le prions de croire à notre entière et respectueuse reconnaissance.

Que MM. les professeurs Brault et Cange, dont nous avons été successivement l'externe, veuillent bien recevoir l'assurance de notre gratitude.

Que mes amis les docteurs Ciavaldini, Carréga, Uhlmann, de Gournay, Belhandouz, Martin, MM^es^ Gérolami, Jobert, Boulet, Baudran et Titre, soient assurés de ma vive et entière amitié. Leur franche camaraderie m'a permis de supporter des heures parfois bien pénibles. A tous, je dis merci.

Enfin, que tous ceux qui me témoignèrent leur sympathie à l'occasion des cruelles épreuves par lesquelles je suis passé au mois de mai dernier, veuillent bien croire à ma vive et sincère reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT

DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE

CHEZ L'ENFANT

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

DÉFINITION — VARIÉTÉS — FRÉQUENCE

On dit qu'il y a ectopie testiculaire lorsque le testicule n'occupe pas la place qu'il devrait avoir dans les bourses. Primitivement situé, chez l'embryon, dans la région lombaire, à côté et en dedans du corps de Woolf, le testicule, pendant la vie utérine, suit un trajet connu pour venir se loger dans les bourses vers le neuvième mois, au moment de la naissance, ou peu de jours après. Peu nous importent les différents processus qui président à cette descente du testicule, mais l'on comprend déjà que le seul fait d'une migration anormale suffit à réaliser l'ectopie.

D'une part, en effet, la glande peut s'arrêter en chemin, pour une cause ou pour une autre : l'ectopie est alors constituée, et l'on aura autant de variétés que de

points différents du trajet où aura été retenue la glande.

Mais, d'autre part, le testicule peut abandonner la bonne route, se tromper de chemin, et l'on se trouve en présence d'un deuxième groupe d'ectopies, constitué par les cas de migrations aberrantes de la glande.

Enfin, un troisième groupe comprend les cas où, successivement, le testicule va dans les bourses, puis remonte dans la cavité abdominale : c'est le groupe des migrations intermittentes.

L'ectopie testiculaire est chose rare, d'après la plupart des auteurs ; les statistiques basées sur l'examen génital des conscrits donnent un cas d'ectopie sur 800 ou 900 sujets. Peut-être est-ce plus fréquent ; la statistique de P. Villemin accuse 8 cas sur 1.000 environ.

Parmi les différentes variétés, c'est la variété inguinale qui est la plus fréquente, c'est-à-dire la variété où la glande est arrêtée dans le canal inguinal : 67 pour 100 de toutes les ectopies réunies. C'est, du reste, celle qui nous occupera plus spécialement, car plus que toute autre, elle réclame l'intervention du chirurgien, à cause de la fréquence, pour ne pas dire la constance, avec laquelle elle s'accompagne de hernie.

PATHOGÉNIE

ÉTAT DU TESTICULE ECTOPIQUE

La pathogénie de l'ectopie attend encore une explication suffisante. Les obstacles qui s'opposent à la descente normale du testicule sont assez nombreux. La cause principale, disent les uns, consiste dans des lésions avoisinantes, telles que les dimensions restreintes du scrotum, les adhérences péritonéales, l'oblitération de l'orifice externe inguinal, la brièveté des éléments du cordon... Pour d'autres, la cause doit être rattachée à des malformations gubernaculaires ou aux importantes formations musculaires de la région.

On peut dire, avec Forgue, qu'il y a trois grandes causes qui empêchent la descente du testicule : 1° les adhérences du cordon au conduit péritonéo-vaginal; 2° l'insuffisante longueur du pédicule vasculaire spermatique; 3° la brièveté du pédicule déférentiel.

Notons, en outre, qu'une cause commune est le port du bandage herniaire prescrit par erreur de diagnostic. Il refoule la glande dans l'abdomen et provoque son adhérence aux parois du canal vagino-péritonéal.

On rencontre parfois des familles d'ectopiés, et l'hérédité n'est pas contestable ; mais il ne faut pas perdre de vue que, dans pareil cas, les sujets sont souvent des dégénérés, et, en fin de compte, comme le dit Villard : « la

cause première serait dans le cadre très général des dégénérescences. »

Avant d'aborder le traitement, une question reste à examiner. Le testicule ectopique a-t-il conservé son intégrité fonctionnelle ? On conçoit l'importance de cette question, car si le testicule ectopié n'a aucune valeur au point de vue physiologique et anatomique, il est inutile d'opérer, et la thérapeutique expectante est seule de règle. Au contraire, la glande sexuelle peut-elle remplir encore ses fonctions, il faut la respecter et la placer dans les conditions les plus favorables à son fonctionnement.

Toutes les opinions ont été admises : les uns considèrent le testicule ectopié comme ayant subi la dégénérescence fibreuse ; les autres affirment que rien n'est modifié dans sa structure. En fait, tous ont raison : la cause de cette divergence d'opinions vient de ce que les testicules examinés appartenaient à des sujets d'âge différent. C'est qu'en réalité la question d'âge prime tout.

Pour Follin, qui n'avait examiné que des testicules d'adultes, la glande était passée à l'état fibreux ; pour Godard, dont les études avaient porté sur des enfants, la glande était intacte.

Monod et Arthaud, puis Félizet et Branca, ont établi que jusqu'à 15 ans le testicule ectopique ne présentait aucune modification épithéliale, mais quelques lésions interstitielles ; chez l'adulte, les lésions parenchymateuses priment.

Que ces lésions soient les 2 étapes d'un même processus ou qu'elles soient distinctes, peu nous importe. Retenons ce fait certain : le testicule ectopique jeune n'est guère différent par sa structure d'un testicule normal ; en vieillissant, il s'atrophie et dégénère.

Le testicule ectopique peut-il fournir des spermatozoïdes ?

On s'accorde généralement à admettre que le testicule ectopié sécrète un liquide privé de spermatozoïdes. Cependant, Monod et Arthaud ont trouvé au microscope des spermatozoïdes, soit dans le testicule ectopique, soit dans le liquide excrété. Il y a même des exemples de sujets opérés d'ectopie, alors que l'autre testicule avait été enlevé, qui eurent des enfants. Ce sont des exceptions, et comme le fait remarquer fort judicieusement Félizet, « cela prouve que les femmes de ces opérés étaient aptes à avoir des enfants ». L'opération, qui a pour but de descendre le testicule dans sa loge est de date assez récente, et il est difficile de savoir les résultats qu'elle donne au point de vue fonctionnel. Il faudrait pour connaître les résultats réels, que l'enquête ne porte que sur les sujets opérés pour une ectopie double, ce qui est rare.

Mais le testicule a-t-il pour fonction unique de sécréter le sperme ? Outre la spermatogénèse, ne concourt-il pas à la formation dans une certaine mesure du caractère viril de l'individu ?

On sait les troubles qu'amène dans la suite la castration des jeunes enfants : les différents appareils sont presque tous touchés par cette mutilation, et il n'est pas jusqu'à l'organe vocal qui ne soit intéressé : les chantres de la Chapelle Sixtine en font foi. D'autre part, bien souvent, les enfants porteurs de testicule ectopique sont des enfants chétifs, peu développés. Ces faits indéniables servirent de base à Brown-Séquard pour édifier sa théorie de la sécrétion interne. Depuis lors, les recherches ont été poursuivies et on a acquis la certitude que la glande séminale avait une sécrétion interne. MM. Bouin et Ancel ont démontré que dans le testicule il y avait deux parties his-

tologiques bien distinctes : la glande épithéliale qui a pour but d'assurer la fécondation, et la glande interstitielle, qui donne à l'homme tous les attributs de la virilité. Cette glande interstitielle se développe bien avant la glande séminale. « Tandis que la préspermatogénèse ne se manifestera que six semaines ou deux mois après la naissance, ces éléments de la glande interstitielle élaborent déjà un matériel considérable chez les embryons de 30 millimètres. » (Bouin et Ancel.) De plus, dans les maladies cachectisantes, la glande interstitielle conserve son intégrité physiologique, alors que la glande génitale s'atrophie. La partie interstitielle du testicule donne donc à l'individu le cachet spécial du mâle. Autant de raisons qui militent en faveur de l'intervention chirurgicale, car s'il n'est pas certain que la faculté de procréer sera retrouvée, au moins la vigueur musculaire et la virilité du sujet seront conservées.

En outre, un testicule ectopique qu'on n'opérera pas se résignera-t-il à subir la dégénérescence fibreuse sans amener de crises dangereuses ou provoquer des éventualités redoutables ?

Presque toujours l'ectopie inguinale s'accompagne de hernie inguinale congénitale. Cette hernie dépend d'un vice de conformation du canal vagino-péritonéal. Normalement, ce canal doit s'oblitérer, mais il peut persister jusqu'à un âge assez avancé, et tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'en cas de non-oblitération on le rencontre fréquemment coïncidant avec l'ectopie testiculaire. S'il y a large communication entre la vaginale et le péritoine, l'intestin s'engage librement dans le canal vagino-péritonéal et peut, suivant les cas : rester en arrière du testicule, se mettre en contact avec lui, le dépasser, se laisser

dévier par la résistance qu'il oppose à sa progression. Autant de cas, autant de variétés de hernies.

Mais il en est une, la hernie pariétale interstitielle, qui comporte invariablement l'ectopie testiculaire. La glande sexuelle se trouve à l'anneau externe du canal inguinal, anneau très rétréci ou même complètement fermé.

L'intestin, qui s'est engagé dans le canal vagino-péritonéal, vient buter contre le testicule : la pression abdominale fait pénétrer de nouvelles anses qui dilatent le canal inguinal, puis s'engagent dans la paroi qui offre le moins de résistance, et viennent ainsi se loger entre les muscles de la paroi abdominale.

Outre la complication herniaire, on note à l'époque où la glande augmente de volume des douleurs qu'exagèrent la marche, la toux, l'effort. Ces douleurs disparaissent puis se reproduisent, et parfois elles sont si intenses que le patient demande à tout prix la castration.

Les choses peuvent encore être plus graves. Brusquement, sans cause apparente « le sujet est pris d'une violente douleur inguinale, irradiée à tout l'abdomen, avec ballonnement du ventre, nausées, vomissements bilieux, voire même fécaloïdes, constipation absolue, anxiété vive, langue sèche, urines rares, pouls petit, facies grippé, extrémités refroidies ; en un mot, le tableau de l'obstruction intestinale est complet ». (Villemin.) Ce cortège symptomatique, toujours le même à quelques nuances près, peut se présenter dans plusieurs cas : orchite du testicule ectopié, torsion du cordon spermatique et étranglement testiculaire. La simple énumération de ces complications suffit ; ajoutons que l'ectopie facilite encore le développement des maladies organiques du testicule. Le carcinome surtout, le sarcome souvent, s'observent chez les jeunes sujets, évoluent avec rapidité, récidivent facilement, et sont

d'un pronostic sévère. « Il n'en faut pas tant pour chercher à remédier, par tous les moyens en notre pouvoir, à un état passible de ces complications, et auquel s'ajoute encore l'état moral du sujet, qui n'ignore pas son infériorité au point de vue des fonctions génératrices. » (Villemin.)

Ainsi donc, l'opération paraît justifiée, mais à quel âge faut-il la pratiquer ? Si l'intervention n'était pas commandée par quelque complication, la majorité des auteurs admettait que l'âge auquel il fallait opérer était 15 ans. On attendait jusque-là parce qu'il était encore possible au testicule d'accomplir sa migration d'une façon toute spontanée.

Les exemples de migration tardive de la glande ne manquent pas, et comme le dit si bien Bezançon : « Le bilan des descentes spontanées n'est pas mauvais. » Certes, la raison a sa valeur ; si la glande séminale peut jusqu'à l'âge de 15 ans descendre à sa place sans l'aide du chirurgien, il est permis d'attendre jusqu'à ce moment. Mais en pareil cas, l'opération ne ferait que prévenir cette descente spontanée et la glande serait mise de meilleure heure en bonne position. En outre, nous savons que l'ectopie testiculaire s'accompagne presque toujours de hernie. Jalaguier a dit que dans tous les cas où il a eu l'occasion d'intervenir, il a toujours trouvé une hernie coexistante. Cette remarque implique deux choses : la justification de l'opération qui traite à la fois et la hernie et l'ectopie ; l'abaissement de l'âge auquel cette intervention doit se faire. En effet, tout le monde admet qu'une hernie inguinale congénitale opérée de bonne heure guérit définitivement. On opère pour des hernies des bébés de douze mois à peine ; certes, ce serait un peu tôt pour opérer une ectopie, car à cet âge la dissection des éléments du cordon est très déli-

cate et on risquerait de s'exposer à des mécomptes. Puis il est difficile d'empêcher les jeunes enfants de souiller d'urine leur pansement et cela peut entraîner des accidents septiques. Mais, dès l'âge de six ans le volume des organes composant le cordon est assez grand pour que la dissection en soit aisée, et comme c'est l'âge généralement admis par tous les chirurgiens pour opérer la cure radicale de la hernie, on pourrait à ce moment pratiquer l'orchidopexie.

En somme, partant de ce fait admis par tous, que jusqu'à la puberté la glande séminale ne subit pas trop de modifications dans sa structure, il faut amener le testicule dans le scrotum avant la puberté et on pourrait opérer entre 8 et 12 ans.

DU TRAITEMENT DE L'ECTOPIE TESTICULAIRE

L'opération, qui a pour but de faire descendre artificiellement le testicule ectopique dans sa loge scrotale, date véritablement du jour où l'antisepsie entra dans la pratique chirurgicale (1880). Jusqu'alors on avait bien essayé de remettre des testicules dans le scrotum, mais en raison du voisinage du péritoine, ces interventions étaient dangereuses. Quelques tentatives eurent lieu sans succès. Koch, de Munich, en 1820, puis Adams, 1831, et Chalius, 1836, n'obtinrent aucun résultat.

L'ectopie inguinale compliquée de hernie était une infirmité incurable exigeant le repos et d'excessives précautions, disait Gosselin. On se livrait alors à des manœuvres de massage, qui quelquefois donnaient satisfaction, ou bien on faisait porter le fameux bandage en fourche, généralement si inefficace. On avait aussi recours à la castration. Félizet se déclarait nettement pour la suppression du testicule ectopique : « C'est un organe mort tôt ou tard, et tout ce qu'on peut faire c'est de mettre le sujet à l'abri des complications néoplasiques par la castration », disait-il. Nous avons déjà vu la possibilité pour la glande de récupérer ses fonctions spermatiques et actuellement, sauf dans les cas de dégénérescence du testicule on se refuse toujours à pratiquer la castration. Chez l'enfant le testicule doit être religieusement conservé.

La question de la castration fut combattue énergique-

ment par Richelot, qui, en 1887, se prononça pour la conservation du testicule ectopié (Société de chirurgie). Lucas-Championnière et Terrier, puis même Berger et Lefort, partisans du bandage, se rangèrent à cette manière de voir. Ambroise Paré ne disait-il pas déjà : « Il ne faut pas se hâter d'oster les testicules de ces pauvres jeunes gens. » ?

Alors la conservation de la glande séminale devint une idée dominante, et les chirurgiens s'ingénièrent à trouver un procédé opératoire qui permît de fixer le testicule au fond des bourses. Tout le monde fut unanime à reconnaître qu'il est indispensable de commencer par la cure radicale de la hernie, dans le traitement de l'ectopie testiculaire-inguinale. « La première condition d'un bon traitement, dit Richelot, c'est de supprimer le conduit vagino-péritonéal; c'est faire en somme la cure d'une hernie existante ou possible dans l'avenir. »

Tous les procédés opératoires (et ils sont assez nombreux) mis en œuvre pour l'abaissement artificiel du testicule, comprennent trois temps principaux : 1° cure radicale, 2° abaissement du testicule, 3° fixation de la glande dans sa nouvelle position. Comme nous le verrons, c'est sur le 3° temps que les chirurgiens ne sont pas d'accord.

1° *Cure radicale.* — Le manuel opératoire de ce premier temps est absolument le même que celui de la cure radicale de hernie. On incise la peau suivant la direction du canal inguinal, puis largement le canal inguinal est ouvert. On a alors sous les yeux le testicule enveloppé par le processus vagino-péritonéal : on dissèque soigneusement les formations musculaires qui peuvent s'attacher sur le canal et on ouvre ce canal par une incision longitudinale. On refoule la hernie, on isole le canal vagino-péritonéal, on le ferme aussi haut que possible du côté du péritoine et on le

résèque. On a conseillé de ne réséquer que la partie moyenne du canal vagino-péritonéal et de conserver la partie inférieure pour reconstituer une tunique vaginale au testicule. Certes, ce faisant, on se rapproche le plus possible de la réalité, mais cela n'est pas indispensable et l'étude de Regnault (*Gazette des Hôpitaux*, 1892), montre qu'il n'y a pas d'inconvénients à laisser le testicule sans vaginale dans le tissu cellulaire du scrotum. Et puis, en supprimant toute la séreuse on abrège la durée de l'opération et on supprime du même coup la possibilité d'une hydrocèle consécutive.

2° *Abaissement du testicule.* — Il faut maintenant isoler le cordon et ses éléments de tout ce qui l'entoure ; s'aidant de la pince, des doigts et de la sonde cannelée, il faut faire un véritable triage entre les organes à respecter et les tractus fibreux ou musculaires qui s'opposent à la descente. Ici déjà l'accord n'existe plus quand il s'agit de supprimer les obstacles à la descente. Il faut, en somme, donner suffisamment de longueur au cordon pour que le testicule arrive au fond des bourses.

Le chirurgien est en présence de deux ordres de difficultés : celles provenant du contenant (canal lui-même ou des bourses), celles provenant du contenu (cordon des vaisseaux ou du testicule).

1° Difficultés provenant du contenant : ce sont d'abord les adhérences du canal avec le cordon spermatique, adhérences constituées par des faisceaux musculaires du crémaster. On a vu des testicules descendre brusquement dans leur loge après la simple section des fibres crémastériennes ; d'autres fois l'obstacle vient d'une insection vicieuse du gubernaculum. Signalons enfin la fermeture de l'entrée du scrotum par la membrane fibreuse de Jalaguier; le dé-

veloppement rudimentaire du scrotum ou enfin son absence congénitale ;

2° Difficultés provenant du contenu : La plus fréquente est la brièveté du cordon, et quand elle est réelle, il n'y a rien à faire, car tous les moyens employés pour amener la glande au fond du scrotum échouent fatalement. (Richelot.)

La brièveté apparente du cordon est susceptible de corrections. En 1893, Bidwell, suivant l'exemple de John Wood, proposa d'allonger le cordon en détruisant les adhérences qui unissent le canal déférent et l'épididyme ; le testicule est alors interverti et les vestiges embryonnaires situés au sommet du testicule normal, sont maintenant à la partie inférieure. On peut ainsi gagner jusqu'à quatre centimètres.

Certes, le procédé ne manque pas d'ingéniosité ; mais il a le tort de supprimer l'artère spermatique, les veines et les nerfs.

La méthode de Mignon (1902) est justiciable du même reproche. Ce chirurgien sectionne tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent. Lucas-Championnière admet aussi cette pratique. N'oublions pas qu'il y a eu des cas de mortification du testicule sans suppuration. De plus la suppression de tous les vaisseaux d'un organe déjà en voie d'atrophie n'est pas en faveur du développement naturel de ce même organe.

Signalons enfin les adhérences que peut contracter le testicule lui-même avec la paroi du sac péritonéal ;

3° Nous arrivons en dernier lieu à la fixation du testicule : pour s'opposer à la réascension du testicule, il fallait trouver un point d'appui pour fixer l'organe. On s'adressa tout d'abord au scrotum.

John Wood fut le premier à fixer la vaginale péritesti-

culaire au fond du scrotum. Tuffier se fit le défenseur de ce procédé et ses nombreuses expériences sur des animaux démontrèrent l'innocuité de la transfixion du testicule et de ses enveloppes par des fils de toute nature. Les résultats de cette fixation furent de suite insuffisants, même nuls. La peau du scrotum est peut-être la chose la plus mobile parmi les tissus humains, et il était chimérique de vouloir en faire un point d'appui pour y fixer la glande séminale. Au bout de peu de jours, le scrotum s'invagine en doigt de gant, et suit le testicule vers l'anneau : le procédé était voué à un échec certain.

Pour remédier à cet inconvénient, Watson Cheynes fit construire un cadre en fil métallique qui se fixait à la faille ; de là partaient deux fils métalliques qui passaient sur les plis génito-cruraux comme des sous-cuisses. Au-dessous du scrotum ces deux fils étaient réunis par une barre transversale après laquelle on fixait le testicule. Ainsi, pendant onze jours le testicule était soumis à une traction continue. Tuffier passa un fil de caoutchouc de 3 millimètres de diamètre dans un lambeau de la vaginale et le fixa avec des agrafes au genou de l'enfant.

Ces techniques compliquées furent délaissées, car la traction continue exposait le testicule à des accidents inflammatoires.

On changea alors le point d'appui et on fixa le testicule à la cloison des bourses. Sébileau passe un fil à travers l'albuginée, perce la vaginale et fixe l'organe à la cloison des bourses d'une part, et à la face profonde du derme scrotal, d'autre part ; là, en somme, où est spontanément retenu par le gubernaculum testis le testicule qui a fait sa migration normale. Puis ce fut le tour de fixer le testicule ectopique à celui du côté opposé. Pour cela, Villemin pratique une petite incision au travers de la cloison,

jusqu'à ce qu'il découvre l'albuginée du testicule qui est en place. Il passe un fil dans cette albuginée, puis la suture avec les enveloppes de la glande ectopiée. Les deux organes sont ainsi rendus solidaires et le testicule ectopié ne peut pas remonter plus haut qu'une ligne tangentielle passant par la partie inférieure de la racine de la verge car la sangle formée par les 2 cordons et les 2 testicules désormais unis l'un à l'autre, vient buter à ce niveau contre la racine de la verge, point fixe.

Walther fait une boutonnière à travers la cloison, y fait passer le testicule ectopié et referme la boutonnière.

Tous ces différents procédés participent plus ou moins aux inconvénients de la fixation scrotale de John Wood.

Il fallait donc chercher un autre procédé qui permît au testicule de conserver la place qu'on venait de lui donner. On abandonna la fixation du testicule proprement dit pour faire la fixation du cordon.

Félizet provoqua la stase des veines du cordon ; il rapproche avec un fil d'or les deux piliers de l'anneau inguinal externe et laisse un espace strictement suffisant pour que le cordon passe sans être étranglé ; d'où stase veineuse, turgescence des éléments du cordon situés au-dessous de l'anneau inguinal qui s'opposent à la réascension du testicule : c'est un véritable varicocèle expérimental. Hennecart a fait justice de ce procédé en le qualifiant d'anti-physiologique.

Tuffier , puis Richelot, proposent la suture du cordon aux piliers fibreux de l'orifice inguinal. Chose pratiquable chez l'adulte, mais guère possible chez l'enfant, car on ne fixera aux piliers que le tissu cellulaire lâche superficiel de la gaine cellulo-fibreuse qui entoure le cordon, et le cordon remontera, ou bien, si on veut avoir des organes

plus résistants pour les fixer aux piliers, on risquera de blesser les éléments mêmes du cordon.

Peyrot et Souligoux fixent les parties celluleuses du cordon au périoste du pubis et au tendon des muscles adducteurs. Même objection que précédemment.

Enfin, Kirmisson pratique tout autour du cordon et dans la plus grande hauteur possible une série de sutures au catgut réunissant les débris de la celluleuse et les tissus fibreux voisins de façon à « transformer le cordon en une tige rigide » qui s'oppose à la réascension de la glande.

Comme on le voit les procédés sont nombreux. Voyons maintenant la technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire, ainsi que l'a formulée M. Forgue.

La première condition importante est de faire l'opération haute, c'est-à-dire inciser le trajet inguinal, fendre l'aponévrose du grand oblique, diviser le fascia crémastérien et ouvrir la séreuse péritonéo-vaginale.

Autrefois, les opérations étaient trop basses et c'est ainsi qu'on n'arrivait à donner de la longueur au cordon qu'en agissant sur sa partie voisine du testicule. En remontant son incision assez haut on parvient à donner plus de mobilisation à la glande, car les obstacles qui s'opposaient à la descente sont supprimés, non plus seulement sur la partie du cordon voisine du testicule, mais aussi sur le cordon tout entier, dans toute sa longueur. De plus, cette incision haute supprime du premier coup les adhérences externes qui existent entre la gaine fibreuse de l'organe et les faisceaux crémastériens rétractés ou raccourcis.

Il ne faut pas exercer de tractions trop énergiques sur le cordon ; la glande doit arriver toute seule pour ainsi dire dans sa loge lorsque les obstacles qui s'opposaient

à sa descente ont été supprimés : suivant le mot de Forgue, il faut faire tomber, faire glisser en quelque sorte la glande jusque dans le scrotum, ce n'est pas tant une orchidopexie qu'une orchidolyse ou une orchidoptose artificielle.

Les différents temps de l'opération sont les mêmes, c'est-à-dire la cure de la hernie, la mobilisation du testicule et sa fixation.

On fait une incision oblique dans la direction du trajet inguinal, depuis la partie haute du scrotum jusqu'au-dessus de l'anneau interne. On incise l'aponévrose du grand oblique, et on libère en masse le cordon, par suite de la destruction des adhérences périfuniculaires.

On incise alors la gaine du cordon composée du crémaster, de la fibreuse commune et de la séreuse. Cette vaginale ouverte, il faut dégager le plus haut possible le processus vagino-péritonéal et le décoller des éléments du cordon. Parfois on arrive facilement à trouver un plan de clivage et la séparation demeure facile ; d'autres fois, au contraire, il y a des adhérences difficiles à détruire et ce travail de décortication devient pénible. Il faut ainsi « éplucher » le cordon très haut, c'est le seul moyen de donner un allongement suffisant aux éléments vasculaires du cordon. Si malgré cette dissection menée très haut le testicule ne s'abaisse pas, c'est que les vaisseaux spermatiques ne prêtent pas.

Alors, il faut dissocier les vaisseaux spermatiques du reste du cordon, et les dégager le plus haut possible, jusque vers la fosse iliaque.

Rieffel, d'Iéna, va encore plus loin, et pour donner plus de longueur, il sectionne les vaisseaux épigastriques. Par cette manœuvre, les vaisseaux spermatiques gagnent en longueur ce qu'ils avaient perdu en passant par-dessus la

crosse épigastrique. Malgré tout cela, le pédicule vasculaire reste-t-il trop bref, on peut sectionner les vaisseaux spermatiques et ne conserver que le canal déférent. Mais c'est là une nécessité et non un procédé à vulgariser. (Broca).

Une fois le cordon dégagé et suffisamment long pour permettre l'arrivée du testicule dans les bourses, il faut tâcher de mettre la glande dans les conditions mêmes où elle se trouve normalement et lui donner une enveloppe. Pour cela, on utilise la partie inférieure du canal vagino-péritonéal et on en fait une tunique vaginale pour le testicule.

Reste alors à fixer la glande dans sa nouvelle position. Autrefois, ce temps était considéré comme très important et nous avons vu les nombreux et variés procédés qui visaient ce but. Si la libération du cordon a été bien faite, si le testicule arrive aisément au fond de la loge scrotale, la fixation n'a pas l'utilité qu'on lui attribuait autrefois : elle n'est qu'un complément de la libération. (Forgue).

On refait la paroi postérieure du canal par le Bassini : on y couche les éléments du cordon et on suture les débris de la fibreuse qui restent autour de ces éléments à la couche musculaire du trajet, aux piliers reconstitués de l'aponévrose du grand oblique, aux tissus fibreux qui recouvrent le pubis et, en dehors, à l'aponévrose des adducteurs. Si la dénudation du cordon a été trop complète sur toute son étendue, si l'on ne trouve plus de débris péritonéo-vaginaux pour fixer le pédicule testiculaire, on peut, comme le fait le professeur Rieffel, embrocher avec une aiguille très fine la couche superficielle de la paroi du canal déférent pour la suturer aux parties déjà citées.

Enfin, on fait un ligament scrotal, puis une série de su-

tures en cercle passant dans la face profonde du scrotum et dans le tissu cellulaire préfuniculaire.

Arrivé à ce point de notre étude, il nous faut résumer les observations qui nous ont fourni le sujet de ce travail ; après quoi, nous formulerons nos conclusions.

OBSERVATIONS

Observation Première

Ectopie inguinale gauche avec hernie inguinale.

D... Marcel, 14 ans, entre à l'hôpital de Bir Traria le 10 novembre 1906.

On constate une atrophie du scrotum du côté gauche, en même temps que l'absence de testicule à ce niveau.

On sent, par le toucher, le pôle inférieur du testicule qui vient affleurer l'orifice inguinal externe.

De plus, il existe une hernie facilement réductible.

Le malade se plaint uniquement de sa hernie, dont il redoute les complications à cause du métier fatigant qu'il fait : il est apprenti forgeron.

L'opération est pratiquée le 15 novembre. Après chloroformisation, on incise la paroi antérieure du canal inguinal dans toute sa longueur et on libère en masse le cordon encore adhérent au sac péritonéo-vaginal. On dissèque ensuite soigneusement les éléments du cordon, en les séparant du canal vagino-péritonéal. Puis, on fait la ligature du sac herniaire aussi haut que possible.

Le testicule peut alors être descendu jusque dans la loge

scrotale ; le cordon a subi un notable allongement par suite de la dissection de ses éléments, dissection poussée assez haut.

Avec la partie inférieure du sac vagino-péritonéal, on fait une enveloppe au testicule ; un surjet au catgut ferme cette enveloppe.

Puis, avec l'index, on refoule la moitié gauche du scrotum de façon à créer une loge pour la glande. On procède ensuite à la reconstitution de la paroi et à la fixation du cordon et de la glande.

Selon la technique décrite, on refait la paroi postérieure du canal inguinal par le Bassini. Les éléments du cordon y sont couchés et on suture les débris de la fibreuse qui restent autour de ces éléments, à la couche musculaire du trajet, aux piliers reconstitués, à l'aponévrose du grand oblique.

On suture les plans superficiels, y compris la peau, sans interposition d'un drain.

Suites opératoires des plus simples.

Le malade sort le 13 décembre 1906, avec son testicule bien en place au fond du scrotum et sa sensibilité spéciale bien conservée.

Ajoutons que nous avons eu l'occasion de revoir cet opéré dans les premiers jours de novembre 1908, c'est-à-dire deux ans après. Il a repris son métier de forgeron sans aucune gêne, et son testicule gauche est aussi gros que le droit, dur, lisse, très mobile, et vraiment, on ne pourrait pas dire, au premier abord, si ce testicule a été ectopié.

Observation II

Hernie et ectopie inguinale gauches.

G... Dominique, 13 ans, entre à l'hôpital le 14 novembre 1906.

Se plaint de légers tiraillements au niveau de l'aine gauche. A l'examen, on note que le testicule fait défaut dans la bourse correspondante, et on le sent mal dans le trajet inguinal ; il doit être à un bon centimètre au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal.

Opération pratiquée le 17 novembre.

Après incision du canal inguinal, on tombe sur un sac péritonéal au milieu duquel on trouve facilement le testicule qui est assez volumineux. A l'aide des doigts, on isole le sac péritonéal et, prenant le testicule entre les doigts, on remonte tout le long du cordon, en disséquant, en détachant les éléments du cordon d'avec la paroi du sac. Cette libération doit ici être poussée très loin et, malgré tout, on s'aperçoit que le testicule arrive juste dans le scrotum.

On insiste sur ce temps et on libère le cordon jusque dans le ventre. On sectionne alors transversalement le canal vagino-péritonéal et, refoulant l'intestin qui tend à faire hernie, on fait la ligature du bout central de ce canal, aussi haut que possible, comme dans la cure radicale de hernie.

La partie périphérique reste pour envelopper le testicule et reconstituer la vaginale. Après quoi, l'index creu-

se artificiellement une loge dans la partie gauche du scrotum et le testicule y est abaissé.

On refait la paroi postérieure du canal inguinal, on reconstitue les piliers, une série de points réunissant les débris fibreux de l'enveloppe du cordon aux muscles de la paroi, achèvent la fixation du cordon. On complète par les sutures des plans superficiels.

Le petit malade sort le 17 décembre avec son testicule un peu haut, à la partie supérieure du scrotum.

Observation III

Hernie et ectopie inguinale gauches.

B... Marius, 13 ans, entre à l'hôpital le 10 février 1907.

C'est un enfant bien constitué, fort, venant pour se faire opérer de hernie.

Cette hernie sort facilement sous l'influence de la marche ou de la station debout, et constitue une tumeur de la grosseur du pouce environ. Le testicule, absent de sa loge scrotale, ne peut être senti au toucher.

L'opération est pratiquée le 15 février. Suivant la technique déjà indiquée, on libère le paquet vasculaire et, sans aucune difficulté, le testicule peut être amené jusque dans le scrotum. Rapidement, on fait la cure radicale de la hernie, on reconstitue les parois, puis on suture les plans cutanés.

A noter, comme suite opératoire, un petit hématome, accident banal en somme, qui retarda un peu la sortie du malade. Le 18 mars, l'enfant sort complètement remis, son testicule bien en place, au fond du scrotum.

Résultat excellent.

Observation IV

Hernie et ectopie doubles.

R... Jean, 6 ans, entre à l'hôpital le 18 février 1907. Le scrotum est peu développé et complètement vide. De chaque côté, on note une hernie inguinale peu volumineuse. Les testicules ne peuvent pas être sentis.

La première intervention fut pratiquée le 23 février. Le trajet inguinal gauche fut incisé dans toute sa longueur, puis, après dissection du canal vagino-péritonéal, on recherche le testicule : il est petit et un peu mou. On voit alors que le testicule a des adhérences intimes avec le sac péritonéal et de son pôle inférieur part un tractus blanchâtre, très visible, qui se comtinue jusqu'au fond des bourses.

On sectionne ce filament et on opère la libération des éléments du cordon jusque dans la cavité abdominale. On agrandit la bourse du côté gauche, puis, le sac herniaire enlevé et ligaturé, on fixe le cordon et le testicule en bonne place, après reconstitution de la paroi postérieure du canal.

La deuxième intervention est pratiquée le 30 mars. De même que pour le côté gauche, on trouva ici un gubernaculum testis nettement différencié, qui mesurait environ quatre centimètres de longueur. En suivant ce fil d'Ariane, on arrive sur le testicule qui, comme son similaire du côté opposé, est petit et légèrement mou. La dissection des éléments du cordon, assez délicate en raison de leur petitesse, fut poussée suffisamment haut pour per-

mettre la chute du testicule dans sa loge. Cure de la hernie concomitante, réfection de la paroi postérieure du canal inguinal, réfection des plans successifs, et pansement.

L'enfant sort guéri le 28 avril. Des deux côtés, le résultat était parfait. Les testicules, bien que peu développés, étaient nettement mobiles dans leur loge et avaient leur sensibilité spéciale.

Observation V

Hernie et ectopie droites.

B... Laurent, 12 ans, entre le 10 avril 1907 à l'hôpital de Bir-Traria.

La moitié droite du scrotum est vide ; on arrive à sentir le testicule dans le canal inguinal.

Opération le 13 avril 1907.

Après incision des plans antérieurs, on va à la recherche du testicule qui est assez volumineux, et fixé tout près de l'anneau inguinal externe. On dissèque avec soin le sac herniaire, et après l'avoir séparé du cordon, on le lie aussi haut que possible.

Section de toutes les brides et tractus cellulo-aponévrotiques qui unissent les cordons aux plans profonds du canal inguinal.

Malgré cela, le testicule n'arrive pas tout à fait au fond des bourses. On refait la paroi suivant le procédé indiqué, et on fixe le cordon et la glande par une série de points au catgut.

L'enfant sort quelques jours après l'intervention : le

testicule à ce moment occupe la partie supérieure du scrotum contre l'arcade pubienne, mais il n'est pas douloureux. Le résultat, au point de vue situation de la glande, paraît médiocre, mais l'opération a quand même amélioré l'état primitif, car la glande paraît en bon état ; elle est lisse, dure, mobile, semblable à la pression et aussi volumineuse que le testicule gauche.

Maintenant, il nous semble que si, selon le conseil du professeur Rieffel, d'Iéna, on avait sectionné l'épigastrique, on aurait obtenu un allongement suffisant pour laisser le testicule en bonne place dans le scrotum.

Observation VI

Hernie et ectopie inguinale droites.

A... Félix, 5 ans, entre à l'hôpital de Bir-Traria le 11 avril 1907.

On note l'absence du testicule droit dans le scrotum du même côté.

Par le palper on ne sent pas la glande. Il existe une hernie de ce côté.

Opération le 16 avril. Après ouverture du canal inguinal, on dissèque aussi haut que possible le sac herniaire et, après l'avoir isolé avec précaution, on en fait la résection.

Pour libérer le cordon, on détruit toutes les adhérences avec les tissus voisins et on sectionne tout ce qui n'est pas canal déférent, vaisseaux et nerfs.

On crée une loge scrotale, et le testicule arrive tout seul dans cette loge.

On fixe la glande dans sa nouvelle situation et on achève les sutures de tous les plans superficiels.

Le malade sort le 16 mai avec son testicule en position normale. Résultat parfait.

Observation VII

Hernie et ectopie inguinale droites.

R... Fernand, 10 ans, entre à l'hôpital de Bir-Traria le 14 avril 1907.

On voit le scrotum atrophié du côté droit ; le testicule est absent de ce côté, mais on le sent au niveau de l'anneau inguinal externe. Il y a, en outre, une hernie de petites dimensions du même côté. Opération le 19 avril. On emploie le procédé ordinaire, c'est-à-dire :

1° Large ouverture du canal inguinal ;

2° Recherche du testicule que l'on trouve facilement, peu adhérent à la paroi du sac ;

3° Résection du petit sac herniaire ;

4° Dissection minutieuse du cordon ;

5° Création d'une loge scrotale ;

6° Abaissement du testicule ;

7° Reconstitution de la paroi et fixation.

L'enfant sort le 18 mai 1907 et son testicule est en bonne place. Résultat parfait.

Observation VIII

Hernie et ectopie inguinale gauches.

S... Marcel, 9 ans, entre à l'hôpital de Bir-Traria le 18 juin 1907.

La moitié gauche du scrotum est vide : on sent une petite bille arrondie roulant sous le doigt à la région inguinale.

Opération le 25 juin. Incision du canal inguinal dans toute sa longueur. Le testicule, facilement accessible, est amené au niveau de la plaie et on incise le crémaster et la fibreuse commune. On ouvre le canal péritonéo-vaginal et on met à nu le testicule et son épididyme. On dissèque le canal péritonéo-vaginal, on le lie à sa base, puis on le résèque.

Le testicule peut alors être abaissé au niveau du scrotum ; on y creuse une loge avec l'index et on l'y dépose.

On complète par la réfection de la paroi et la fixation du testicule, par des points au catgut espacés, au-devant du cordon, depuis le pôle supérieur de l'organe jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal.

L'enfant sort le 26 juillet : le résultat est parfait, le testicule est bien mobile au fond du scrotum.

En somme, chez les huit enfants dont nous venons de rapporter l'observation sommaire, on a pratiqué et la cure radicale de la hernie et la fixation du testicule dans le scrotum. Chez six d'entre eux, le résultat obtenu fut parfait. Chez les deux autres, il fut moyen. Chez les enfants des observations II et V, à leur sortie, le testicule

était, dans la partie supérieure de la bourse, complètement indolore. Le cordon avait été trouvé un peu court, mais la libération ayant été poussée jusque dans le ventre, elle fut jugée suffisante. Cependant, il est possible que si la sangle de l'épigastrique avait été sectionnée entre deux pinces, selon le conseil de Rieffel, d'Iéna, le résultat aurait été probablement aussi bon que chez les six autres enfants.

CONCLUSIONS

I. — L'ectopie testiculaire chez l'enfant doit être traitée chirurgicalement lorsque l'âge auquel on est en droit d'attendre la descente spontanée a été atteint.

II. — L'intervention trouve sa justification dans ce fait que la glande ectopiée s'accompagne très souvent de hernie, ou bien est une amorce pour une hernie à venir ; qu'elle expose le sujet à des complications inflammatoires ; qu'il est possible que le testicule retrouve sa propriété de sécréter des spermatozoïdes ; enfin que la glande interstitielle joue un rôle important dans l'attribution du caractère viril de l'individu.

III. — Les procédés opératoires sont nombreux, mais tous comportent ces trois temps : 1° dissection des adhérences extérieures du testicule et du cordon avec une cure radicale ; 2° mobilisation du cordon et allongement, soit par dissection des différents éléments du cordon très haut, les vaisseaux spermatiques pouvant être dégagés jusque vers la fasse iliaque ; 3° mise en place et fixation du testicule.

IV. — En dehors de toute complication, l'âge qui nous semble le plus favorable pour l'intervention est celui de huit à dix ans : en cas de hernie coexistante on pourra abaisser l'âge de l'opération à 5 ans.

V. — Le testicule présente d'autant plus des lésions épithéliales que le sujet est plus avancé en âge.

VI. — Il faut autant que possible laisser au testicule tous ses vaisseaux de façon à assurer sa vitalité, et si la section de l'épigastrique peut aider à l'allongement du cordon, la section des vaisseaux spermatiques ne doit être pratiquée que lorsqu'on y est absolument forcé.

BIBLIOGRAPHIE

Berger. — Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 4 janvier 1893.

Bezançon. — Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. Thèse Paris, 1892.

Broca. — Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Gazette des Hôpitaux, 1899.

— Bulletin de la Société de Pédiâtrie, mars 1899.

Delbet (Pierre). — Bulletin Société Chirurgie, 1902.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Monod et Terrillon. — Maladies du Testicule, 1889.

Félizet et Branca. — Recherches sur le testicule en ectopie. *Journal d'Anatomie,* 1902.

Fotiadès. — Traitement de l'ectopie testiculaire inguinale. Thèse Paris, 1901.

Monod et Vanverts. — Traité de technique opératoire, 1902.

Kirmisson. — Chirurgie infantile.

Forgue. — Technique de la cure opératoire de l'ectopie testiculaire. Presse médicale, octobre 1906.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1898.

Peyrot. — Bulletin Société chirurgie, 1901.

Richelot. — Bulletin Société chirurgie, 1890.

Tédenat. — Orchidopexie. Association française de chirurgie, 1896.

Villemin. — Un nouveau mode de traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Bulletin Société de Pédiatrie de Paris, 1899.

Imbert. — Montpellier médical, 1902. Notes sur la cure radicale de l'ectopie testiculaire.

Quénu. — Bulletin Société chirurgie, 1902.

Souligoux. — Congrès français chirurgie, 1902.

Villard. — XIX[e] Congrès de l'Association française de chirurgie. Presse médicale, 1906.

Bouin et Ancel. — Comptes-rendus Société Biologie, 1903.

Ancel. — Titres et Travaux.

Chevassu. — Les Tumeurs du testicule. Thèse Paris, 1906.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 9 Janvier 1909
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 9 Janvier 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !